
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ACROPAESTHÉSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE CHABOT

Né le 11 Juillet 1866, à Seyne (Basses-Alpes).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ACROPARESTHÉSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE CHABOT

Né le 11 Juillet 1866, à Seyne (Basses-Alpes).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER
Hygiène.	POLLOSSON (MAURICE)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacie.	LACASSAGNE.
	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. ROCHET.	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROUX.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
GANGOLPHE.	COLLET.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
POLLOSSON(Aug.)			

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LÉPINE, Président ; M. WEILL, Assesseur ; MM. DEVIC et GANGOLPHE Agreg.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PRÉFACE

L'acroparesthésie est certainement une affection rare et le nombre restreint des observations publiées en est une preuve. Elle l'est peut-être moins cependant qu'on ne pourrait le croire au premier abord, et nous sommes persuadé qu'il en sera de cette affection comme de beaucoup d'autres maladies non décrites : une fois reconnus, les faits se multiplient et deviennent plus communs qu'on ne le pensait. Nous ne saurions mieux citer comme exemple de ce fait général, que l'axphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités décrites pour la première fois par M. Maurice Raynaud en 1862.

Frappé de cette rareté et du petit nombre de documents que possédait sur cette question la littérature française, relativement à la littérature médicale allemande et anglaise, M. le D^r Destot qui en avait observé

deux cas dans sa clientèle privée et qui savait que M. le professeur agrégé Devic possédait également des observations se rapportant à la question que nous voulons étudier, nous suggéra l'idée d'en faire le sujet de notre thèse. Telles sont les conditions dans lesquelles nous avons accepté ce travail.

Nous devons avouer, crainte d'être taxé de téméraire, que nous avons d'abord hésité à l'entreprendre à cause des difficultés et des nombreux points obscurs que comporte le sujet. Il demanderait, pour être traité convenablement, une expérience plus grande et une voix plus autorisée que la nôtre. Nous nous sommes néanmoins décidé, pensant qu'en bornant notre ambition nous pourrions en tirer parti. Nous n'avons pas la prétention, en effet, de traiter la question magistralement et d'apporter des idées personnelles qui pourraient éclairer d'un jour nouveau le sujet. Notre but est plus modeste et mieux approprié à nos faibles moyens. Nous voulons seulement, avec les documents que nous avons pu réunir, faire une étude générale et aussi complète que possible de l'acroparesthésie idiopathique. Nous serons néanmoins heureux si nous pouvons, par notre travail, contribuer à combler une lacune de la littérature médicale française et à vulgariser l'étude d'une question qui nous a paru intéressante, à un double point de vue par sa rareté et son importance. L'historique que nous donnons au chapitre suivant dit assez combien cette affection est peu fréquente, en nous

montrant le petit nombre de mémoires et d'observations, que l'on rencontre dans les différentes littératures médicales, et en particulier dans la littérature médicale française; et lorsqu'on connaîtra sa description et qu'on saura que les malades atteints de cette affection sont parfois obligés, sous une apparence de bonne santé, de suspendre leur travail et d'endurer pendant des mois et des années des souffrances plus ou moins vives, on ne sera pas moins porté à croire que cette affection, est digne de toute l'attention du neurologiste, du clinicien et du médecin-légiste. Le neurologiste peut en effet, dans l'étude de cette affection, exercer sa sagacité à rechercher sa pathogénie qui actuellement paraît être encore peu connue; le clinicien, se fondant sur les données pathogéniques fournies par le névrologiste, pourra instituer un traitement rationnel qui peut-être amènera une amélioration ou même une guérison de ces pauvres malheureux à l'égard desquels la thérapeutique est restée si souvent impuissante jusqu'ici. Il n'importe pas moins au médecin légiste de bien connaître cette affection; car il pourra facilement, s'il en ignore l'existence, considérer comme un simulateur, un ouvrier qui viendra lui demander un certificat et le lui refuser sous prétexte qu'il n'a aucune lésion apparente, et que son état général paraît excellent.

Nous avons emprunté les documents en majeure partie aux littératures médicales allemande et anglaise qui nous

ont paru le plus richement dotées sous ce rapport ; quant à la littérature médicale française, nous n'avons pu y consulter qu'un seul mémoire se rapportant à notre sujet ; c'est un article que M. Ballet a publié sous le titre : « Acroparesthésie », dans la *Semaine médicale* de 1895. Comme plan, nous avons adopté le suivant : dans le premier chapitre qui a trait à l'historique, nous indiquons les différents travaux qui se rattachent plus ou moins directement à notre sujet et nous donnons, chemin faisant, le résumé de quelques-uns d'entre eux.

Dans le deuxième chapitre, nous nous occupons de l'étiologie et nous faisons ressortir les causes sinon déterminantes du moins occasionnelles qui nous ont paru les plus fréquentes.

Le troisième chapitre qui est consacré à la symptomatologie est l'objet de toute notre attention. Nous tâchons à bien faire ressortir les caractères communs qui relient les différentes observations entre elles, et les symptômes particuliers qui semblent en constituer des variétés d'une même affection. Cette symptomatologie est suivie de trois groupes d'observations que nous avons empruntés aux mémoires de Nothnagel, d'Ormerod et de Pierre Moohr et de quelques observations isolées que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le professeur agrégé Devic, et de M. le D^r Destot.

Dans un quatrième chapitre, nous indiquons les caractères qui permettent de faire le diagnostic de l'acropa-

resthésie idiopathique et nous exposons en quelques mots, pour les comparer, les maladies qui par un examen incomplet ou mal éclairé pourraient être confondues avec les formes les moins prononcées de l'affection qui nous occupe.

Dans le cinquième chapitre, nous exposons la pathogénie et nous indiquons les hypothèses qui ont été émises à ce sujet par un certain nombre d'auteurs.

Nous décrivons dans le sixième chapitre la marche et la durée de l'affection.

Le pronostic et le traitement sont l'objet du sixième chapitre.

Enfin, de l'ensemble de ces faits nous déduisons des conclusions qui, nous l'espérons, mériteront d'être prises en considération.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le professeur agrégé Devic et M. le Dr Destot qui ont bien voulu nous confier le soin de ce travail et pour lequel ils nous ont prodigué leur temps et leurs conseils.

Nous prions M. le professeur Lépine d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons pas non plus que c'est dans son service et ses leçons, qu'il faisait avec autant de compétence que de simplicité, que nous avons puisé nos principales notions sur les maladies nerveuses ; son enseignement nous servira de guide dans notre carrière médicale.

Nous tenons à remercier bien sincèrement notre camarade et ami Bonnamé qui, par sa connaissance approfondie des langues allemande et anglaise, a facilité nos recherches et nous a été d'un précieux concours pour la traduction des mémoires et des observations.

Enfin, avant de nous éloigner de nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, nous sommes heureux de pouvoir leur exprimer publiquement toute notre gratitude pour les leçons qu'ils nous ont toujours si libéralement données.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACROPARESTHÉSIE

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il a été publié sous des titres, différant avec les auteurs et les observations, un certain nombre de travaux qui se rapprochent plus ou moins de notre sujet. Ils appartiennent en grande partie aux littératures médicales allemande et anglaise ; dans la littérature médicale française, nous n'avons pu consulter qu'un seul mémoire se rapportant à la question que nous voulons décrire malgré nos laborieuses recherches ; ce qui nous permet de supposer que les travaux français ayant trait à notre sujet doivent être très rares, si celui que nous venons de signaler n'est pas unique.

Nous allons les énumérer par ordre chronologique et nous indiquerons, chemin faisant, le contenu de quelques-uns d'entre eux.

Le premier en date est un mémoire que Nothnagel a publié en 1867, sous le titre de : *Contribution à l'étude*

des névroses vaso-motrices. Dans ce travail, l'auteur donne la description d'une affection qui a de nombreux liens de parenté avec celle qui fut décrite plus tard par Schultze et le Dr Léon Laquer. Les malades qu'il avait observés étaient aussi comme ceux de Schultze en majeure partie du sexe féminin et d'un âge variant entre quarante et cinquante ans ; ils avaient presque tous des professions qui exigeaient d'avoir souvent les mains dans l'eau ou de faire un grand usage de leurs doigts, c'étaient en un mot des servantes, des laveuses ou des couturières, etc.

Elles se plaignaient d'un engourdissement des extrémités supérieures et quelquefois de douleurs vives affectant les caractères d'une brûlure, d'une piqûre d'épingle qui survenaient par accès et particulièrement la nuit au début de l'affection ; au moment des accès, il se produisait également des phénomènes objectifs très prononcés, consistant en une pâleur anormale des doigts qui devenaient « blancs comme de la craie », en une diminution de la sensibilité et de la température.

Ces derniers symptômes objectifs sont loin d'être aussi accentués dans les observations de Schultze ; dans la plupart des cas même ils font complètement défaut ; et c'est en cela précisément que les observations de ces auteurs se distinguent.

Nous reproduisons plus loin les observations de Nothnagel et celles de Schultze qui, malgré les quelques différences qu'elles présentent, correspondent néanmoins à la catégorie des faits que nous voulons décrire.

De 1867 à 1883, on ne rencontre dans la littérature médicale que quelques observations isolées et deux monographies dont l'une appartenant à Berger a été publiée en 1879,

sous le titre : *Sur une forme spéciale de paresthésie des extrémités inférieures* et l'autre, par Putmann en 1880, dans les *Archives de médecine*. La monographie de Berger est fondée sur six observations qu'on peut résumer de la façon suivante : « Il s'agit d'une névrose de la sensibilité avec perturbation secondaire des mouvements caractérisée par une paresthésie des jambes ; survenant par accès d'intensité variable, mais n'étant jamais bien douloureux. Les malades éprouvaient surtout des sensations de fourmillement, de piqûres et de brûlures. L'accès survenait ordinairement après une longue station assise ou debout, mais jamais après la marche.

Les sensations débutaient quelquefois par les hanches et descendaient jusqu'aux orteils ; dans d'autres cas, elles commençaient aux orteils pour remonter jusqu'aux hanches, rarement les bras étaient envahis. Souvent l'affection était unilatérale et, lorsqu'elle était bilatérale, elle était toujours plus prononcée d'un côté que de l'autre. A cette paresthésie se joignait une sensation particulière de pesanteur et de faiblesse qui gênaient les mouvements des malades. L'accès lui-même ne durait ordinairement que quelques minutes.

Les malades, à part cette affection, paraissaient dans un état de santé parfaite. Dans quelques cas, il s'établissait entre les accès une sensation connue sous le nom d'*anxietas tibiorum*. C'est une angoisse qui les tourmentait et qui siégeait dans la jambe et le pied. La douleur était très pénible et les malades la supportaient d'autant plus difficilement qu'il leur était presque complètement impossible d'exercer leur profession.

On peut, d'après Berger, considérer cette maladie

comme une sorte de paresthésie cutanée et musculaire et on doit chercher son siège dans la moelle épinière.

Parmi les 6 malades que Berger a observés il y avait 4 hommes et 2 femmes. Tous étaient d'un âge entre quatorze et trente-cinq ans et appartenaient aux classes cultivées.

Ce court résumé nous montre que l'affection décrite par Berger diffère particulièrement de celle que nous voulons décrire par l'âge, le sexe, la profession des sujets qui sont ordinairement d'un âge beaucoup plus avancé, du sexe féminin et exercent des professions manuelles et, en particulier, celles de servantes, de laveuses ou de couturières.

En 1883, Osmerod communique douze observations faites sur des femmes, et rappelle l'attention sur notre névrose. Ces observations concordent très bien avec celles de Bernhardt. Voici comment il les résume : « Les symptômes, dit-il, sont bien définis; ils se présentent chez les femmes, surtout vers l'âge critique et surviennent dans la nuit. Au réveil, la patiente éprouve dans les mains, ou dans les mains et les bras, ordinairement des deux côtés à la fois, des sensations d'engourdissement, de piqûres d'épingles, quelquefois la douleur est très forte; les mains et les bras deviennent inutiles et ne peuvent plus saisir les objets. Cela peut se produire au point d'amener la malade à se faire traiter pour une paralysie supposée.

« Les malades disent aussi que leurs mains enflent et que les veines sont dilatées. Les symptômes disparaissent en peu de temps; du reste la friction s'offre naturellement comme remède.

« Mais ces symptômes se manifestent aussi pendant le jour, surtout lorsque les malades se mettent à leur ouvrage habituel : lavage, frottage, couture, etc. »

La ressemblance qui existe entre cette affection et notre névrose est si frappante que nous avons pensé qu'elle pouvait être considérée comme rentrant dans la catégorie des faits que nous voulons décrire. Aussi reproduisons-nous au chapitre consacré à la symptomatologie, les observations d'Osmerod comme des types de notre affection.

L'année suivante, Sinkler publie dans le *Philadelphia Medical Times*, une monographie fondée sur neuf observations. « Dans ce mémoire, il dit qu'il a observé surtout chez des femmes ayant atteint l'âge critique l'apparition d'une sensation d'engourdissement dans une main ou dans les deux, mais rarement dans les jambes. Ce phénomène survenait principalement le matin avant que les malades ne se fussent levés. A l'examen, on ne constatait point de perturbation de la sensibilité. Les régions du médian et du cubital étaient surtout affectées. La douleur persistait des mois et même une année. Sinkler admet pour expliquer ces phénomènes que, par suite du décubitus dorsal, il se produit un état hyperhémique de la moelle cervicale et que cet état est la cause anatomique la plus vraisemblable de la maladie. »

Cette description concorde encore avec l'affection que nous voulons étudier.

En 1885, le *Lancet* publie deux travaux, l'un de Saundby et l'autre de Buzzard qui présentent des liens de parenté avec notre affection. Le mémoire de Saundby est fondé sur des observations qui sont presque analogues à celles de Sinkler dont nous avons parlé dans le paragraphe pré-

cèdent; mais au lieu de faire jouer un rôle à l'âge critique dans l'apparition de cette affection comme Sinkle et d'autres auteurs, il attribue les phénomènes à un mauvais état des voies digestives et pense que l'âge critique n'est pour rien dans l'éclosion de la maladie. Il se fonde pour avancer cela sur un certain nombre de cas de guérison qui ont coïncidé avec la disparition de troubles dyspeptiques.

Lamême année, Bernhardt faisait paraître en Allemagne un mémoire qui était des plus complets et des mieux faits parmi ceux qui se rapportent à notre sujet. Nous regrettons de n'avoir pu nous le procurer; car il aurait pu nous être d'un précieux secours.

Rosembach, en 1830, publie plusieurs observations dans un mémoire intitulé : *Sur une affection singulière des doigts*. Vers la même époque, F. Schultze inspirait à un deses élèves, Pierre Mohr, une thèse sur l'acroparesthésie. Cet ouvrage est fondé sur un certain nombre d'observations qui ont été recueillies dans le service de F. Schultze; nous les reproduisons plus loin comme des types de l'affection que nous voulons décrire. C'est F. Schultze qui, ayant déjà fait paraître quelques années auparavant un travail sur ce sujet, a donné à cette affection le nom d'acroparesthésie.

En 1893, D^r Léon Laquer publie un mémoire fondé sur douze observations. Dans ce mémoire, l'auteur fait remarquer qu'il vient seulement d'apprendre que F. Schultze a déjà fait paraître dans les recueils de neurologie un travail sur l'acroparesthésie, affection qui ressemble exactement à celle qu'il vient de décrire; ce que confirme le professeur Schultze.

En effet, les malades observées par le D^r Léon Laquer

présentaient comme ceux de Schultze des phénomènes d'engourdissement et de parésie des deux mains et quelquefois des avant-bras; des sensations de brûlure et de piqûres d'épingles qui ne sont pas limitées à un champ nerveux déterminé, mais sont diffuses et répandues sur toute la superficie de la peau; pendant la nuit, la douleur atteint un degré d'acuité tel qu'elle arrache le sommeil aux malades. Cette douleur vient spontanément ou après un travail pénible ou certaines excitations thermiques. Ordinairement les malades ne présentaient pas de troubles de la sensibilité; la pression des plexus et des troncs nerveux n'éveille pas de douleur; il n'y a pas non plus d'anomalies électriques, ni de troubles vaso-moteurs.

Dans les douze cas que Laquer a observés surtout chez des femmes, il n'y avait ni état hypocondriaque, ni hystérique, et les phénomènes ne pouvaient pas être considérés comme les indices d'une lésion du centre nerveux (pachyméningite cervicale, syringomyélite ou névrite multiple). L'auteur incline à penser que cette névrose de la sensibilité ainsi décrite est une névrose par épuisement ou par excès de travail, survenant chez des femmes employées aux travaux manuels et ayant une constitution anémique.

Tels sont, en résumé, les principaux phénomènes que présentaient les malades observées par le D^r Léon Laquer.

En France, l'étude de cette question paraît être peu connue et de date récente, si l'on en juge par les travaux qui ont été publiés sur ce sujet. En effet, nous n'avons pu, malgré nos laborieuses recherches, consulter qu'un seul mémoire que Louis Bullet a publié dans la *Semaine médicale* de 1895. Dans ce mémoire, l'auteur fait remarquer

qu'il a déjà observé plusieurs cas et donne la description de l'un d'eux que nous reproduisons plus loin.

Enfin, à côté de cette publication française, il existe un certain nombre d'observations isolées de M. le professeur agrégé Devic et de M. le Dr Destot que nous exposerons également dans le chapitre consacré à la symptomatologie.

CHAPITRE II

Etiologie

Les documents et les observations que nous avons pu réunir sur l'affection ne nous ont pas donné de résultats bien précis sur les causes qui sont capables de lui donner naissance, leur nombre est d'ailleurs trop restreint pour permettre aucune conclusion ayant un caractère définitif.

L'influence de l'eau froide, de l'air froid semble pouvoir être invoqué dans un grand nombre de cas sinon comme cause déterminante, du moins comme causes, prédisposante. Nous ne pourrions mieux citer comme exemple de l'influence de l'eau froide que le cas de Nothnagel dans lequel la malade, après avoir lavé jusqu'à cinq heures de l'après-dîner, est prise subitement dans la nuit de phénomènes d'acroparesthésie. L'influence de l'air froid est aussi manifeste : beaucoup de malades en effet constataient que pendant le jour la douleur s'éveillait lorsqu'ils exposaient leurs extrémités à l'air extérieur.

D'après les données de la littérature, les malades appar-

tiennent presque tous à la classe des travailleurs qui font un grand usage de leurs mains. Beaucoup de ceux-ci sont des laveuses, des servantes, toutes personnes qui sont forcées par leurs occupations à avoir souvent les mains dans l'eau.

Quelques-uns cependant ne peuvent fournir aucun renseignement sur la façon dont la maladie s'est établie. Chez les hommes, il semble qu'on ne puisse pas découvrir d'autres causes qu'un travail dans l'eau froide ou un usage exagéré de leurs mains, tandis que chez les femmes le professeur Bernhardt indique comme causes éloignées ou directes l'âge critique, la grossesse, la puerpéralité surtout lorsque de grandes pertes de sang ont précédé l'accouchement, l'anémie, les fatigues excessives. Cette dernière cause nous a été déclarée aussi par la malade que nous avons observée à l'Antiquaille.

Le tempérament nerveux joue probablement un rôle dans l'apparition de la maladie car un certain nombre de malades offrent des signes manifestes de cet état nerveux que l'on désigne sous le nom de nervosisme, c'étaient des névropathes.

Dans les antécédents de quelques malades on trouve des maladies qui, sans constituer une étiologie bien nette et bien évidente peuvent avoir joué le rôle de cause prédisposante. C'est ainsi qu'Ornerod, pour ne citer que lui, a dans ses observations constaté un certain nombre de cas dans lesquels on relevait du rhumatisme, de la goutte, des phénomènes hystériques et épileptiformes, mais il faut savoir que ces cas constituent la grande exception et qu'ordinairement la maladie survient chez des sujets ne présentant aucun antécédent héréditaire.

On a aussi incriminé la misère comme cause prédisposante ; cela n'a pas lieu de nous étonner puisque l'affection se développe surtout chez des gens qui se nourrissent mal et qui font parfois des excès de travail.

L'âge semble avoir joué une influence très marquée.

La maladie n'a pas été signalée dans l'enfance.

Voici un tableau de M. le professeur Bernhardt qui donne une idée de la fréquence de l'affection aux différents âges :

Chez la femme, il s'est produit :

De 20 à 30 ans.	. . .	aucun cas
De 30 à 40		11
De 40 à 50		12
De 50 à 60		13
De 60 à 70		5
De 70 à 80		1

Chez l'homme :

A 28 ans		1 cas
A 38		1
A 48		1
A 64		1

Dans les observations que nous avons empruntées à la thèse de Pierre Mohr aucun homme n'a eu cette affection avant l'âge de quarante-huit ans ; aucune femme au-dessous de trente-quatre ans.

Il est donc permis de dire que c'est une affection de l'âge moyen de la vie.

L'influence du sexe n'est pas moins évidente, l'affection se montre surtout chez les femmes qui constituent les

quatre cinquièmes des malades atteints. Cette fréquence s'explique par les occupations de la femme qui l'obligent à avoir plus souvent les mains dans l'eau et par des conditions particulières telles que la grossesse, la puerpéralité, l'anémie, l'âge critique qui semblent favoriser l'éclosion de l'affection.

En résumé l'acroparesthésie, est une affection qui survient surtout chez les femmes âgées de quarante à cinquante ans qui sont, à part leur profession, obligées à avoir souvent les mains dans l'eau froide, ou à faire des travaux manuels délicats et de longue durée tels que la couture et le tricotage.

CHAPITRE III

Symptomatologie

La maladie décrite pour la première fois par le professeur Schultze sous le nom d'acroparesthésie n'était pas inconnue en Allemagne ; mais elle avait été décrite sous des titres différant avec les auteurs. La dénomination de Schultze nous a paru préférable, car elle a le double avantage de ne rien faire préjuger sur la nature de l'affection et de rappeler immédiatement deux de ses plus importants symptômes. Nous disons même que cette dénomination tend aussi par sa brièveté à donner une certaine autonomie à l'affection ; tant il est vrai de dire qu'une maladie n'a une existence propre qu'autant qu'elle a une étiquette qui permet de l'individualiser.

Pouvons-nous avancer que cette maladie est autonome ? Nous croyons pouvoir répondre affirmativement : les observations que nous reproduisons plus loin présentent un ensemble de symptômes communs si constant qu'il est difficile de ne pas y voir une affection autonome. Sans doute

toutes ces observations ne sont pas identiques : dans les unes certains symptômes font défaut, dans d'autres des symptômes nouveaux se manifestent et dans d'autres enfin on voit les mêmes symptômes différer par leur marche, leur intensité, leur mode de début et leur siège. Mais n'est-ce pas là l'histoire de la plupart des maladies ? Ne sait-on pas que pour une même maladie il existe presque autant de variétés que de sujets et que ces variétés ne dépendent souvent que du tempérament et de la susceptibilité des individus ? Néanmoins, malgré ces nuances, un clinicien consommé sait toujours reconnaître l'affection qu'il recherche simplement par l'existence d'un nombre très restreint de symptômes. Nous pensons que pour notre affection les mêmes considérations peuvent être faites et que ces différences dans les observations ne constituent que des variétés d'une même espèce morbide. D'ailleurs que faut-il pour qu'une affection mérite une place à part dans la case nosologique ? Il faut et il suffit, croyons-nous, qu'elle ne puisse par ses lésions, son étiologie, ses symptômes, sa marche, être rattachée à aucune autre maladie. Or, telles semblent être les conditions de l'affection que nous allons décrire.

La maladie est localisée aux extrémités et a pour type l'engourdissement des membres supérieurs ; c'est là en effet qu'elle se montre de préférence et qu'elle présente les caractères les plus nets et les plus tranchés.

Elle se présente généralement chez des sujets arrivés à la période moyenne de la vie où à un âge plus avancé. On ne l'a jamais observée dans l'enfance. Elle atteint les femmes de préférence ; parmi celles-ci elle frappe particulièrement les servantes, les laveuses ou les couturières.

Elle survient ordinairement à la suite de fatigues exces-

sives ou sous l'influence de l'action du froid; les travaux manuels délicats, tels que la couture et le tricotage, l'eau froide, sont les causes le plus souvent incriminées; c'est ce qui explique pourquoi cette affection est plus fréquente chez les femmes, et particulièrement chez les couturières et les laveuses.

Enfin, dans certains cas, il est difficile sinon impossible de déterminer la cause qui a pu provoquer son apparition.

La maladie se traduit surtout par des phénomènes subjectifs qui sont décrits par les malades de différentes manières :

Les uns ne se plaignent que de fourmillement s'accompagnant d'une certaine raideur des extrémités ou d'une douleur sourde très bien supportable. Cette sensation d'engourdissement est un des symptômes les plus importants de l'affection. Il précède ordinairement tous les autres et n'est peut-être pas sans relation avec le développement des phénomènes ultérieurs.

Il débute ordinairement à la main, aux doigts et de là il s'étend peu à peu à la totalité de la main, et peut même gagner l'avant-bras, le bras, l'épaule et monter jusqu'aux lèvres; dans quelques cas les membres inférieurs sont aussi envahis. En général cependant il reste limité à la main, ou même à une portion de la main et ne s'étend pas hors de ces limites.

D'autres accusent une souffrance affectant les caractères d'une brûlure, de piqûres d'épingles, de broiement des extrémités; il semble parfois au malade que ses doigts sont enlevés, comme morts.

En même temps que ces phénomènes, un certain nombre

de malades, observés notamment par Nothnagel, éprouvaient une sensation désagréable de froid dont l'intensité était proportionnelle à celle des autres symptômes.

A côté de ces phénomènes subjectifs existent souvent des symptômes objectifs divers consistant en des troubles vaso-moteurs, des perturbations de la sensibilité et de la température.

Les troubles vaso-moteurs notés particulièrement dans les observations de Nothnagel et d'Ornerod se traduisent tantôt par une pâleur anormale de la peau qui devient « blanche comme de la craie » ; tantôt par un gonflement avec dilatation des veines des extrémités. Dans d'autres cas, comme en témoignent les observations de Schultze et du Dr Léon Laque qui ont une grande ressemblance entre elles et de nombreux points communs avec celles de Nothnagel, on ne constate aucune modification anormale de la peau des extrémités si ce n'est parfois une teinte légèrement violacée plus ou moins appréciable.

Quant aux troubles de la sensibilité ils sont également variables suivant les observations. Tandis que Schultze et le Dr Léon Laquer ne signalent que peu ou pas de modifications de la sensibilité si ce n'est dans quelques cas rares où ils avaient noté de l'hyperesthésie et de l'hyperalgésie; Nothnagel, au contraire, a remarqué une diminution notable de la sensibilité chez presque tous les sujets qu'il a observés.

Enfin on peut constater aussi un abaissement de la température des extrémités pouvant varier d'1 à 2 degrés centigrades et coïncidant ordinairement avec le spasme des vaisseaux.

Tous ces phénomènes présentent ordinairement une

marche progressive et surviennent par accès. Au début, ce ne sont que des fourmillements qui naissent la nuit ou le matin au réveil ; à une période plus avancée de la maladie, les sujets éprouvent des douleurs vives qui apparaissent également le jour, spontanément ou sous l'influence de causes diverses. Il suffit parfois que le malade plonge ses mains dans l'eau froide, ou les expose au grand air, veuille saisir un objet fin, tel qu'une aiguille, ou se livre à un travail délicat, comme la couture et le tricotage, pour que les douleurs apparaissent aussitôt. Il se trouve de ce fait obligé d'abandonner sa profession, ce qui n'est pas sans aggraver le pronostic de l'affection.

Dans quelques cas fort rares, les phénomènes peuvent débiter subitement avec leur maximum d'intensité. Nothnagel cite une observation dans laquelle la malade raconte qu'après avoir lavé jusqu'à 5 heures de l'après-midi, elle est allée ensuite rincer sa lessive dans le courant d'eau froide de la Pregel ; elle fut prise subitement pendant la nuit de douleurs très vives au niveau des extrémités. Enfin chez certains sujets la maladie reste stationnaire : ils n'éprouvent que du fourmillement qui s'accompagne d'une certaine raideur et de paresthésie des extrémités ; ce qui oblige également ces malades à renoncer à leurs occupations. Nous avons observé à l'Antiquaille une malade que M. le professeur agrégé Devic nous avait signalée, qui rentrait dans cette catégorie : elle se plaignait que d'une sorte de paresthésie, d'engourdissement qui l'empêchait de tenir une aiguille entre ses doigts : il semblait qu'elle était paralysée. Nous devons faire observer que, malgré ces troubles apparents de la motilité, il n'y a pas de paralysie, ni même de parésie véritable.

Cette gêne dans les mouvements est simplement due à la douleur qui survient au moment où les malades veulent saisir un objet ou se livrer à un travail, et à la paresthésie qui accompagne généralement les phénomènes de cette affection. Ce qui tend encore à montrer qu'il n'y a pas de paralysie chez ces malades, c'est que beaucoup d'entre eux qui ne peuvent exécuter les travaux délicats, peuvent faire les travaux grossiers, tels que les travaux des champs etc., et trouvent même dans cette sorte de travail un soulagement à leurs douleurs, cela tient préalablement à ce que ces travaux nécessitant de plus grandes pressions il en résulte des excitations cutanées plus fortes, qui produisent par voie réflexe une modification favorable des troubles vaso-moteurs des doigts. En outre, beaucoup de malades, pour soulager leurs douleurs, emploient instinctivement, lorsque les accès surviennent, des procédés de ce genre. Les uns se frottent fortement les mains ; d'autres les agitent violemment ou les frappent sur leurs genoux ainsi que l'a constaté M. Destot dans une de ses observations.

Dans tous les cas et à toutes les périodes de la maladie la douleur se calme par la chaleur. L'eau chaude est généralement le meilleur moyen.

Le froid fait généralement apparaître la douleur ; aussi l'hiver est-il habituellement, sinon toujours, une période redoutée des malades dont elle aggrave les souffrances d'une façon très notable ; l'été, au contraire, agit comme les applications d'eau chaude en topique et amène un bien-être relatif.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : la malade que M. Ballet a observée et dont nous reproduisons plus loin l'observa-

tion n'a pas remarqué qu'elle fût plus incommodée en hiver qu'en été.

Tels sont les symptômes qui découlent des observations que nous avons pu recueillir.

Mais à coté de ces faits positifs, l'affection présente un certain nombre de faits négatifs qui, au point de vue de son diagnostic surtout ne méritent pas moins d'être signalés.

Les malades ne présentent aucun trouble de nutrition de tissus, la peau n'a ni cicatrices, ni escarres, et les muscles ne sont pas atrophiés, on ne constate aucune anomalie électrique. M. le D^r Destot, dont les connaissances approfondies en électrothérapie ne permettent pas de douter de son talent, n'a également rien noté d'anormal dans l'examen électrique des cas qu'il a traités.

Toutefois nous devons dire que les recherches électriques, comme le font observer les auteurs, n'ont pas été faites chez tous les malades, mais l'absence d'atrophie musculaire rend légitime l'hypothèse que les réactions de dégénérescence doivent aussi faire défaut.

Les troncs nerveux ne sont pas douloureux à la pression comme on l'observe dans les cas de névrite, le calibre des artères n'est pas modifié, ce qui permet de croire que les troubles vaso-moteurs que l'on observe dans cette affection n'intéressent que les vaisseaux de petit calibre, et particulièrement les vaisseaux cutanés et superficiels.

Enfin on ne note dans la plupart des observations ni albumine ni sucre dans les urines, aucune diathèse, aucune névrose qui puissent être invoquées comme causes prédisposantes, telles que la goutte, le rhumatisme, l'hystérie, l'épilepsie.

En résumé, l'affection qui nous occupe est caractérisée surtout par des phénomènes subjectifs consistant en sensations d'engourdissement d'intensité variable ; parfois même ce sont des douleurs vives rappelant une brûlure, une piqûre d'épingle, etc., etc.

Ces phénomènes présentent une marche progressive ; ils ne surviennent d'abord que la nuit, puis le jour, et augmentent d'intensité au fur et à mesure que l'affection devient plus ancienne.

Dans certains cas, on note des troubles vaso-moteurs et gonflement des doigts, des perturbations de la sensibilité, hyperalgésie, hyperesthésie, une diminution notable de la sensibilité et de la température.

Tous ces phénomènes objectifs et subjectifs surviennent par accès et sous l'influence des causes diverses en particulier de l'action du froid. Ils sont calmés généralement par la chaleur et moins prononcés en été qu'en hiver.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle.)

(Recueillie sur l'indication de M. le D^r Destot, le 16 mai 1896.)

François G..., âgé de quarante-huit ans, est éclusier à l'Ile-Barbe. Il est marié et père d'un enfant bien portant. Comme antécédents héréditaires, il n'y a rien qui mérite d'être signalé ; comme antécédents personnels, on note du rhumatisme, une sciatique, une atrophie de la jambe droite ; il n'a jamais eu d'accidents rhumatismaux dans le bras droit. En 1870, il a eu un premier érysipèle et un second en 1894, enfin un lombago en 1886. A part cela, le malade paraît avoir une santé générale bonne ; il est fort, robuste et bien constitué. Nous devons ajouter que le malade est alcoolique.

Depuis trois semaines, ont apparu dans la main droite des phénomènes d'engourdissement qui surviennent particulièrement la nuit ; le matin au réveil, le malade déclare que sa main est tellement engourdie qu'il ne peut lacer ses souliers. Ces phénomènes disparaissent pendant le jour, lorsque le malade travaille fortement ; mais quand il laisse sa main au repos, le malade déclare spontanément qu'elle s'endort. Il est alors obligé, pour la ramener

à son état normal, de l'agiter violemment, ou bien encore de la soumettre à la chaleur. Sa main droite est plus chaude que la gauche et néanmoins le malade la trouve froide ; elle est aussi plus faible que celle du côté opposé. Quant à la sensibilité, il semble qu'il y aurait de l'hyperesthésie aux extrémités digitales ; la sensibilité au toucher et à la température paraît conservée. Les troncs nerveux paraissent douloureux ; aussi étant donné son passé alcoolique, on peut se demander s'il ne s'agirait pas d'une névrite par intoxication. Toutefois, nous devons faire remarquer que les phénomènes qu'il présente rappellent bien par leur marche, leur mode de début, les symptômes de l'acroparesthésie.

OBSERVATION II (empruntée à M. Gilbert Ballet.)

(Semaine médicale, 1895.)

Hôpital Saint-Antoine. M^{me} X..., âgée de quarante-huit ans. Dans ses antécédents héréditaires ou personnels ne présente aucune particularité qui vaille la peine d'être signalée, sauf celle-ci : à l'âge de quarante ans, la malade a ressenti au niveau du genou gauche des douleurs assez vives qui l'ont obligée de garder le lit et ont nécessité l'application de vésicatoires.

C'est environ un an après cet incident qu'apparaissent les troubles sur lesquels je désire appeler votre attention et qui depuis ce moment, c'est-à-dire depuis environ sept ans, persistent avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. A cette époque, en effet, cette femme commença à éprouver au niveau des doigts, particulièrement à droite, mais aussi à gauche, une sensation désagréable d'engourdissement. Cette sensation avait lieu exclusivement la nuit ; dès que la malade s'assoupissait, elle ressentait « des fourmies très pénibles » qui la réveillaient aussitôt, si bien que pendant plusieurs années il lui a été pour ainsi dire impossible de dormir d'un sommeil calme et profond. Au réveil et après le lever, toute sensation pénible disparaissait ; cependant, au bout de quelques mois, la malade gardait quelque temps après le réveil un

sentiment de gêne dans les doigts qui lui semblaient « gonflés comme s'ils avaient été piqués par des insectes ».

Peu de temps après le début de l'affection, cette femme éprouva aussi des sensations insolites d'engourdissement au niveau des jambes, du moins de la jambe droite; mais ces sensations n'avaient lieu que pendant le jour et seulement lorsqu'elle s'asseyait; elles disparaissaient pendant la station debout ou pendant la marche.

Vers 1891 ou 1892, c'est-à-dire trois ou quatre ans après l'apparition des premiers symptômes, il y eut une aggravation progressive et manifeste : les doigts plus engourdis la nuit restaient pendant le jour lourds comme gonflés, malhabiles et paresseux; ils devinrent incapables de tenir l'aiguille et la malade se trouva fort gênée pour les soins de son ménage, soit qu'elle eût à coudre ou à laver. Sur ces entrefaites, la langue et les lèvres se prirent le matin au réveil, mais seulement à ce moment elles étaient le siège d'une sensation d'engourdissement et de raideur.

Depuis un an, les troubles se sont plutôt amendés et bien qu'ils persistent avec les mêmes caractères; ils sont moins accusés, moins continus surtout. La malade a des nuits calmes et pendant le jour ses doigts ont recouvré en grande partie leur agilité et leur adresse.

L'engourdissement chez cette femme n'était pas plus accusé en hiver qu'en été, et n'était pas influencé par la période menstruelle. Enfin, en dépit de la sensation de gonflement que la malade éprouve au niveau des doigts, la circulation n'y est pas troublée, la coloration de la peau et la température des extrémités ne sont pas modifiées au moment du paroxysme et les troncs nerveux ne sont pas douloureux à la pression.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. Devic et recueillie par M. Martin,
interne des hôpitaux.)

C. . Pauline, âgée de cinquante-trois ans, exerçant la profession de couturière et demeurant à Lyon, montée Saint-Barthélemy, n° 28, est entrée à l'hospice de l'Antiquaille le 8 février 1896.

Antécédents : Mère morte à quarante-huit ans d'une pneumonie ; père mort à quarante-sept ans, présentait quelques désordres mentaux indéterminés.

La malade est l'aînée de sept enfants dont une sœur est morte ; tous les autres sont bien portants. Elle est célibataire et a eu un enfant à vingt-cinq ans, qui est mort à l'âge de cinq ans de la petite vérole. Elle n'a pas eu de convulsions dans l'enfance et a toujours été dans un état de santé excellent. Elle a été réglée à douze ans régulièrement. Les règles ont cessé subitement à trente-deux ans. A la suite d'une vive émotion, elle eut une perte qui dura deux mois. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis. La malade n'a été soumise à aucune intoxication, mais elle a souffert de privations. Il y a un an, elle prit une bronchite qui fut soignée par le Dr Tournier (vésicatoires). Elle alla ensuite trouver un herboriste qui lui donna un médicament. C'est depuis cette époque que la malade fait débiter sa maladie. Elle eut, dit-elle, des troubles de la mémoire, des vertiges, des éblouissements et des maux de tête fréquents.

Depuis environ deux mois, elle s'est aperçue que sa main droite s'engourdisait et qu'il lui était impossible de travailler à la couture, le matin après son réveil. Il fallait qu'elle s'entraînât pendant un certain temps pour donner à ses doigts l'agilité d'autrefois. Elle ne pouvait saisir, tenir entre ses doigts les objets fins tels qu'une épingle.

Actuellement, sauf une certaine maladresse de la main, la motilité est bien conservée. La malade exécute avec facilité tous les mouvements commandés.

Il n'y a pas d'atrophie ; l'extrémité des doigts est simplement un peu cornée. On note une différence de sensibilité, à ce niveau, entre le pouce, l'index, le médius et les deux derniers doigts. La sensibilité tactile paraît bien conservée.

La malade arrive à se soulager en trempant ses mains dans l'eau chaude. La force des mains est égale des deux côtés. Il y a cependant une certaine différence ; lorsque la malade ne serre qu'avec l'extrémité du pouce droit et l'index et le médius, elle n'exerce qu'une pression insignifiante. Aux poumons, le sommet gauche

présente une sonorité un peu moins nette qu'au droit ; il existe des râles crépitant en foyer. Rien au cœur. Les urines contiennent de l'albumine ; le poulx est un peu tendu. La malade a un gros appétit et éprouve constamment le besoin de manger.

Pas de troubles de la vue ; les réflexes pupillaires sont normaux, ainsi que le réflexe rotulien.

On lui a donné des bains chauds aux mains et elle se sent soulagée ; elle peut mieux tenir les objets.

*Observations recueillies à la clinique de M. le professeur
Schultze et publiées dans la thèse de Pierre Mohr.*

(Traduites)

OBSERVATION IV

Clinique médicale : Frédéric M..., de Hundsheim, âgé de cinquante-six ans, exerçant la profession de maçon. Interrogé le 21 février 1890. Ses parents sont morts très âgés. Dans sa famille, aucune maladie nerveuse. Dans l'automne de 1889, il remarque une sensation de fourmillement dans les extrémités des doigts des deux mains ; puis un engourdissement et des douleurs aiguës dans les pieds. Ces phénomènes furent bientôt suivis d'une sensation de froid dans les mains, dans les pieds et particulièrement dans le segment du membre inférieur droit qui est placé au-dessus de l'articulation du genou. Depuis le moment où ces phénomènes se sont établis, le malade a éprouvé une raideur dans les membres et n'a plus pu travailler. Il est devenu également faible. Il n'a jamais eu à se plaindre de douleurs de tête ni de vertige. On ne note rien au point de vue de l'alcool et de la syphilis. Le cœur ne présente rien d'anormal digne d'être signalé. Les artères sont un peu rigides ; la carotide, particulièrement, fournit une sensation de tension. La pression sur les nerfs du bras droit n'éveille aucune douleur ; le bras gauche, au contraire, est douloureux. Il n'y a pas de parésie. La force musculaire est bien conservée dans les bras. Les mains sont froides. La recherche de l'état de la sensibilité ayant été faite plusieurs fois, n'a fourni rien d'anormal, si ce n'est la sensibilité à

la douleur, qui paraît diminuée dans la moitié inférieure de la face antérieure de la cuisse. Le malade est partout ailleurs très sensible au courant faradique ; tandis que dans cette région même, lorsque le courant faradique est très fort, il ne ressent aucune douleur.

Le reflexe patellaire est normal. La nuit le malade dort bien.

OBSERVATION V.

Clinique médicale. Observé le 15 mars 1890.

Antoine-Henri d'H..., âgé de quarante-huit ans, cultivateur. Avait eu le typhus dans son enfance et, en 1870, une fièvre gastrique.

Dans la nuit de Noël 1888, il remarqua dans les deux orteils une sensation anormale comme un engourdissement. Trois mois après le même phénomène se produisit dans les extrémités des doigts et dans les bras, mais avec une intensité plus faible. Cette sensation anormale présentait son maximum d'intensité dans les membres inférieurs et en particulier aux talons. En juin, le malade vint à l'ambulance. Le phénomène diminua après un traitement de huit jours par le courant faradique. Pendant tout l'été, le phénomène fut moins prononcé et resta limité aux extrémités des doigts et aux talons. En octobre 1889, il se produisit rapidement une augmentation de la douleur débutant de la même façon qu'au commencement. Le malade est devenu très faible et s'est beaucoup amaigri à tel point qu'il ne pouvait ni marcher ni se tenir debout. Dans les bras, cette faiblesse était moins prononcée. Actuellement l'intensité de la paresthésie a cessé depuis trois semaines. Le malade est maigre, a mauvais appétit surtout lorsqu'il est constipé.

Les pupilles sont égales et réagissent normalement. Dans les deux bras, au-dessous de la peau mais non liées nettement au tronc nerveux, on constate de petites tumeurs de consistance molle. La force des mains est normale. Elles marquent 44 à droite et 38 à gauche au dynamomètre.

La force des muscles fléchisseurs est également conservée. Les

muscles ne présentent pas de contractions fibrillaires. Les pulsations des artères radiales sont égales des deux côtés. Le réflexe du supinateur et celui du triceps sont très exagérées à droite; à gauche, il est plus faible. Aux doigts de la main gauche, les objets émoussés sont mieux sentis que les objets pointus; à la main gauche la sensibilité est intacte. La sensibilité à la douleur et à la température est normale au bout des doigts. Par la compression de l'artère humérale gauche on ne réveille aucune paresthésie dans la main, pas même après une compression d'une minute. Il n'y a aucune raideur dans les mouvements. La couleur de la peau est un peu bleuâtre, mais n'a rien d'anormal.

Au niveau des extrémités inférieures la peau est froide et ne présente aucune nodosité. Après avoir mis les membres à nu par une température de 14°50 Réaumur qui régnait dans la salle, il se produisit de fortes contractions fibrillaires et une ondulation très prononcée dans les deux muscles quadriceps. Ces phénomènes se produisaient même dans le lit. D'une façon faible mais distincte, ces contractions fibrillaires existaient aussi dans le gastro-cnémien droit et dans les muscles fléchisseurs du membre inférieur droit. Elles étaient beaucoup moins prononcées au gastrocnémien de la jambe gauche. Le réflexe rotulien était normal. Le réflexe plantaire était faible à droite, à gauche il faisait défaut; le réflexe crémastérien manquait à droite, et à gauche il ne se produisait qu'après une forte pression. Le réflexe abdominal est normal. La sensibilité de la peau du gros orteil est normale. Elle est diminuée sur la face plantaire des autres orteils, tandis que sur le dos du pied elle est mieux conservée. La sensibilité à la température est normale. La sensibilité à la douleur paraît augmentée. Une légère pression suffit pour éveiller une forte douleur surtout au niveau des orteils. Le malade éprouva une sensation de froid dans le creux poplité et une sensation de constriction dans la région inguinale.

La colonne vertébrale n'est pas douloureuse à la pression et ne présente rien d'anormal. La couleur de la peau est tantôt pâle, tantôt rouge, tantôt cyanosée. Actuellement la sensation de fourmillement a disparu dans la plante des pieds. Le malade marche mieux.

OBSERVATION VI

Clinique médicale. Interrogée le 17 avril 1890.

Madame H..., de Kessenieh, âgée de quarante-cinq ans, a depuis trois ans une sensation d'engourdissement dans les trois doigts des mains et particulièrement aux extrémités. Les jambes ne présentent rien d'anormal. Cette paresthésie donne naissance à une douleur qui est exaspérée par le froid plutôt que par la chaleur et augmente d'intensité particulièrement le matin lorsque la malade se lève. Cette douleur se calme souvent par une forte friction. Les mains sont souvent pâles ; et lors des fortes douleurs elles deviennent cyanosées. Par moment la couleur de la peau est normale bien que la paresthésie persiste. Les muscles ne présentent rien d'anormal et ne sont pas douloureux à la pression. La sensibilité des doigts n'est pas complètement normale ; la sensibilité au toucher des extrémités digitale est diminué aussi bien pour les objets pointus que pour les objets émoussés ; mais elle serait mieux conservée pour les trois doigts du milieu. La sensibilité à la température est normale. Lorsque la malade plonge brusquement son membre dans l'eau froide, elle éprouve une douleur plus vive. Le système vasculaire ne présente rien à signaler. La malade n'est pas blanchisseuse, mais elle fait elle-même le blanchissage de son ménage depuis dix-huit ans. Il lui est impossible de coudre.

OBSERVATION VII

Ambulance de la clinique médicale. Interrogée le 24 septembre 1889.

Catherine B..., à Buschenbenern, âgée de trente-sept ans. Bonne santé antérieure. Elle a deux enfants qui sont tous deux en bonne santé.

Depuis un an elle est malade et raconte qu'elle a pris un refroidissement à cette époque et qu'elle ne pouvait plus marcher aussi bien qu'auparavant, de temps en temps elle ressent des douleurs

aiguës dans les jambes. Elles ont débuté au membre inférieur droit, et on gagné le gauche plus tard. En hiver, la douleur devient plus forte et se calme ordinairement à chaque printemps. Les membres supérieurs furent aussi atteints; la douleur débuta par un engourdissement du pouce de la main gauche, et de là s'étendit aux autres doigts, à la main et, en dernier lieu, finit par gagner le bras. Depuis huit semaines la même sensation d'engourdissement s'est montrée au bras droit en débutant également par le pouce. La malade est bien nourrie. Il n'y a pas d'atrophie. La colonne vertébrale ne présente rien d'anormal; la pression n'éveille aucune douleur. Le bras gauche serait plus faible que le droit. Les réflexes rotuliens et la sensibilité sont normaux des deux côtés. Les pupilles réagissent bien.

OBSERVATION VIII

Ambulance de la clinique médicale. Visite du 26 novembre 1889.

Pierre O..., cinquante-deux ans. Depuis l'hiver dernier il a des douleurs vives dans les extrémités des doigts de la main gauche, qui surviennent surtout la nuit; dans le membre supérieur droit, le bras seulement est le siège de phénomènes douloureux; le malade n'éprouve rien d'anormal dans la main. Tandis que dans la main gauche il y a des fourmillements persistants. La sensibilité est normale; sauf de tout légers attouchements qui ne sont pas perçus dans les points de la main.

Le malade a été électrisé et depuis lors va beaucoup mieux et n'a plus de douleur.

OBSERVATION IX

Ambulance de la clinique médicale. Visite du 30 janvier 1890.

Johann G..., âgé de quarante-huit ans, cultivateur à Kriegsdorf. Il se plaint de sentir des fourmis qui le grattent et qui courent dans ses deux mains, surtout au niveau des articulations. Parfois le malade éprouve une sensation d'arrachement qui survient sous l'influence du froid glacial. Ses mains sont légèrement tuméfiées.

Le malade n'accuse point de perturbation grossière de la sensibilité. Les réflexes patellaires sont normaux et les pupilles rougissent bien.

OBSERVATION X

Ambulance de la Clinique médicale. Visite du 26 juin 1889.

Bertha E..., âgée de trente-quatre ans, se plaint d'un engourdissement et de douleurs dans les mains qui surviennent après avoir travaillé et surtout après avoir lavé. Ces sensations anormales ont apparu pour la première fois après sa dernière grossesse. Elle les a remarquées lorsqu'elle était en train de laver et elles existent maintenant continuellement tandis qu'elles ne se produisaient au début qu'en hiver. La force est conservée, la sensibilité est normale ainsi que les réflexes patellaires.

OBSERVATION XI

Pratique privée de M. le professeur Schultze. Le malade a été interrogé le 12 novembre 1889.

C'est un homme de soixante ans qui est vitrier. Il n'est pas buveur mais il travaille beaucoup sur le verre.

Depuis le mois de mai 1889 il ressent dans les extrémités digitales une sensation de fourmillement. Cette sensation survient surtout lorsqu'il veut saisir un objet et est parfois assez intense pour lui faire éprouver une véritable douleur. Ordinairement cette sensation est localisée dans les doigts, mais parfois elle remonte et va jusqu'à l'épaule. Depuis deux mois les pieds, et principalement les orteils ont été aussi envahis. Enfin le malade a observé que ses bras étaient devenus plus faibles et que ses membres inférieurs, après une promenade de deux heures, étaient plus fatigués qu'auparavant. A l'examen on constate que la pression exercée par les mains est plus faible de chaque côté. Est-ce à cause des sensations douloureuses qu'éprouve le malade lorsqu'il saisit un objet ? Les muscles fléchisseurs des bras ont conservé leur force. La sensi-

bilité au toucher des doigts persiste dans une certaine mesure ; mais elle est distinctement diminuée ; il n'y pas d'analgésie ; la sensibilité à la température est normale. On n'observe pas de cyanose, les doigts sont parfois pâles et froids ; aucun signe de tabes.

OBSERVATION XII

Clientèle privée de M. le professeur Schultze. Interrogée le 28 janvier 1890. La malade était une femme de cinquante ans qui avait toujours eu bonne santé. Depuis l'hiver de l'année précédente elle a ressenti souvent, en s'éveillant dans la nuit, un état d'engourdissement de la main droite ; en été cette sensation disparaissait. Actuellement elle éprouve au milieu de la nuit ou le matin au réveil, un fourmillement très intense dans la main gauche, qui prend le caractère de douleur vive au niveau des doigts ; cette sensation s'étend jusqu'à l'avant bras. Le matin, après le lever, tous ces phénomènes disparaissent. On ne peut rien découvrir comme cause. Dans la dernière épidémie d'influenza, la malade qui appartient à une classe aisée de la société a été obligée, sa servante étant atteinte de la grippe, d'étendre les bras et les mains pour faire sa lessive et à partir de ce moment les douleurs furent augmentées.

A l'examen la sensibilité et la motilité ne présentent rien d'anormal. La coloration des mains et leur température ne sont pas modifiées. L'état des artères ne présente rien de particulier. Enfin il n'existe aucun signe de maladie nerveuse ancienne.

*Observations publiées
dans le mémoire de J.-A. Ormerod se rapportant
à l'affection que nous étudions.*

OBSERVATION XIII

Février 1882. M^{me} S..., âge variant entre cinquante et soixante ans, est une femme qui avait été bien portante et active. Depuis

huit mois elle présente les symptômes suivants : elle est réveillée pendant la nuit par des douleurs dans les doigts, les mains et les avant-bras. Il lui semble que ses mains deviennent raides et impotentes ; quand elle les regarde elles lui paraissent mortes. La douleur est forte et l'empêche de dormir.

Actuellement la malade est assez pâle ; le pouls est un peu dur et le deuxième bruit au niveau de l'aorte assez accentué. Il n'y a pas d'albuminurie ; on constate au niveau des extrémités articulaires de quelques phalanges des nodules durs. La malade déclare que ses doigts sont un peu raidis par le rhumatisme. Elle attribuit ces sensations douloureuses à l'eau dont elle se servait pour frotter le parquet ; ayant abandonné sa place de domestique, l'état de ses mains s'améliore. Cette malade n'était pas hystérique et dans sa famille il n'existait aucune névrose.

OBSERVATION XIV

24 avril 1883. — Elisabeth, femme mariée, âgée de cinquante-six ans. Hôpital de Victoria-Park.

Elle est venue pour une toux contractée pendant les brouillards de l'hiver dernier ; elle se plaint en même temps d'un engourdissement et de piqures d'épingles dans les mains. La douleur n'existe pas pendant le jour, mais pendant la nuit elle la réveille. Elle survient d'abord dans la main gauche, gagne ensuite la main droite et quelquefois les pieds. L'accès peut durer cinq minutes. A l'extrémité digitale des phalanges moyennes de la main gauche il y a des saillies du volume d'un gros pois et même plus grosses. Elles ont dures et sont formées probablement aux dépens du tissu osseux. La malade les attribue au lavage et se plaint qu'elles la font quelquefois souffrir. Le pouls ne se sent pas facilement. Rien à noter du côté de la poitrine.

La malade raconte encore qu'elle a eu autrefois des douleurs aiguës et soudaines dans les jambes, rarement dans les mains. Ces douleurs qui survenaient par accès duraient parfois une semaine. A part ces douleurs qu'elle appelait rhumatismales, elle n'a jamais

eu ni la goutte ni de rhumatisme. Les réflexes patellaires sont normaux. Depuis deux ans la ménopause existe. Ni elle, ni aucun de ses parents n'ont eu d'attaque. Sa mère a eu un engourdissement dans les mains.

OBSERVATION XV

Mary-Anne B..., quarante-six ans, célibataire,

Hôpital de Queen's Square, 25 avril 1883. — La malade se plaint d'être réveillée environ une demi-heure après son coucher par une sensation de fourmillement dans la main qui la rend impotente. Elle la frotte, mais au début elle peut difficilement mettre une main sur l'autre pour les frotter. Cette sensation commença il y a dix-huit mois à la main droite et s'étendit six mois après à la main gauche; d'abord limitée aux doigts elle occupe actuellement tout le segment inférieur du membre supérieur. Maintenant la malade ne souffre pas; elle éprouve simplement une sensation de raideur dans les mains. Elle est sujette à des maux de tête et déclare que lorsque ses mains sont envahies sa vue se trouble.

Ces sensations se sont produites toutes les nuits ou une nuit, non l'autre jusqu'à la semaine dernière où elles ont cessé; mais le genou gauche est devenu raide, pesant et un peu gonflé. Les règles qui étaient irrégulières depuis les douze derniers mois ont disparu depuis trois mois. La malade a travaillé pendant longtemps à des travaux à l'aiguille. Quand elle était jeune, elle a eu deux fois la goutte et le rhumatisme. Bien qu'elle soit nerveuse, elle n'a jamais eu aucune attaque. La goutte et le rhumatisme se rencontrent dans la famille de son père. Une de ses sœurs a eu les deux mains engourdies pendant trois mois; à part cela personne dans sa famille n'a eu de maladie nerveuse. Le pouls est normal; le premier bruit du cœur est un peu sourd; pas d'albuminurie. Les réflexes sont bien prononcés spécialement dans les bras. Les tissus autour de l'articulation du genou gauche sont légèrement gonflés et on y observe aussi de la crépitation.

(Potion bromidée): la malade va beaucoup mieux et à la fin de juin les attaques ne revenaient plus qu'une fois par mois et montraient une tendance à se limiter à la main droite.

12 juillet. — Il y a une certaine rougeur diffuse avec œdème à la partie inférieure de la jambe droite, au niveau de la cheville. Le mollet est tendu. Ces phénomènes sont survenus d'une façon soudaine pendant la nuit depuis quatre jours. A partir de ce moment les mains qui étaient envahies la semaine précédente ont repris leur état normal.

La jambe gauche fut atteinte à son tour et dans la suite les deux jambes reprirent leur état normal; mais tandis que l'état des jambes s'améliorait, les mains furent de nouveau le siège d'une sensation d'engourdissement qui fut moins intense qu'auparavant. En septembre la malade dit qu'elle n'a eu qu'une seule atteinte.

OBSERVATION XVI

Marianne H..., vingt-huit ans. Célibataire. Queen's Square.

29 mars 1883. — Au mois de septembre dernier la malade éprouva une douleur qui survint soudainement pendant la nuit dans le pouce droit et de là s'étendit au doigt médius et index et au coude; puis la main et le bras gauche furent aussi envahis, mais avec une intensité moindre. La douleur au début n'était qu'une sensation d'engourdissement qui survenait la nuit et persistait pendant le jour; mais à la suite du traitement électrique la malade fut soulagée.

Dans le jour, lorsque la malade se sert de ses mains (elle est employée au télégraphe), elle sent qu'elles sont faibles, et voit que les veines se dilatent.

Actuellement la malade n'éprouve que de l'engourdissement et de la faiblesse le matin au réveil et de la douleur pendant le jour lorsqu'elle se sert de ses mains. Elle paraît en bonne santé, mais elle est dit-elle (naturellement nerveuse). Le cœur est normal. Les règles sont régulières. Elle n'a jamais eu d'attaque elle-même, mais elle a un frère et un oncle qui ont eu des attaques et quelques-uns des parents de son père ont été paralysés.

On lui a donné une potion bromidée qui la soulagea rapidement et le 19 avril elle était de nouveau à son travail. L'engourdissement avait été chassé par la médication.

7 juin. — Pas d'engourdissement; douleur seulement au moment des règles.

OBSERVATION XVII

G..., Maria, quarante ans, Victoria Park, janvier 1882.

La malade vient pour une douleur dans la poitrine et dans le dos.

L'examen extérieur ne révèle rien. Elle se plaint aussi qu'en s'éveillant le matin ses mains deviennent mates et impotentes. Elles sont douloureuses lorsqu'elles empoignent.

Mixture de gentiane et de rhubarbe.

Pilules d'aloès et de noix vomique.

11 février. — L'état des mains n'est pas meilleur; la douleur survient maintenant le jour et est assez vive. La malade raconte que ses mains deviennent rouges au moment de l'accès et que les veines se dilatent.

Potion bromidée.

Quassia c. ferro. ter.

2 avril. — Le même état persiste et les douleurs sont toujours assez vives; elles apparaissent lorsqu'elle veut se servir de ses mains. La malade ne peut pas tenir les objets entre ses doigts; et cela non pas parce que la douleur la paralyse, mais parce que, dit-elle, elle manque de force. Elle travaille à la machine à coudre et elle n'a point à faire de frottage.

OBSERVATION XVIII

Anne D..., soixante-huit ans. Veuve. Queen's Square, 17 janvier 1883.

La malade se plaint de souffrir dans les deux mains d'une sensation qu'elle appelle une « douleur de broiement. » En même temps elle se plaint d'une sensation d'engourdissement qui s'accompagne de raideur et de gonflement. Ces phénomènes surviennent par

accès et sont plus intenses la nuit que le jour. Dans le jour ils apparaissent lorsqu'elle veut se servir de ses mains. Elle fait habituellement des travaux d'aiguille. Le pouls et le cœur sont normaux. Point d'albuminurie. Souvent de la diarrhée. Elle n'a jamais eu la goutte. Dans sa famille il n'y a jamais eu d'attaques.

Potion bromidée a donné de bons résultats.

OBSERVATION XIX

Lydia..., trente-huit ans, Queen's Square, 3 mai 1882.

La malade se plaint d'une sensation d'engourdissement dans la main gauche qui dure depuis sept ans. Elle est plus forte la nuit et, lorsqu'elle commence à s'endormir, elle est réveillée par une sensation de piquûre d'épingle dans cette main; elle éprouve dans tout le reste du membre une sensation de faiblesse, d'impotence, qui remonte jusqu'à l'épaule; elle ne peut pas le soulever. Elle n'a jamais remarqué aucune enflure et aucun changement de coloration de la peau. Elle ne repose pas davantage sur ce côté que sur l'autre. Depuis quatre mois elle éprouve les mêmes phénomènes pendant le jour. Elle fait beaucoup de couture et tient son ouvrage dans cette main. La santé générale est bonne, mais elle dit qu'elle est très nerveuse. Il n'y a point de cas de folie dans sa famille; sa mère est morte d'une hémiplegie qui s'est établie graduellement.

OBSERVATION XX

Marianne A..., quarante-sept ans, marié, Queen's Square.

Cette malade qui avait été traitée précédemment par mon collègue le Dr Horrat pour des douleurs et des paresthésies dans la main, a quitté son travail en mai 1883 pour venir se confier à mes soins.

Elle souffrait depuis deux ans. Actuellement elle se plaint d'une douleur et d'un engourdissement dans la main droite, qui surviennent lorsqu'elle place ses mains dans l'eau froide ou lorsqu'elle essaye de faire un ouvrage à l'aiguille. La douleur est très vive

la nuit lorsqu'elle commence à s'endormir et la malade affirme qu'elle n'est pas due à sa position pendant le sommeil. L'aspect de la main ne change pas. Le matin, à la suite de ses vives souffrances, elle serait légèrement enflée. Les règles sont normales. Son père est mort d'apoplexie, mais il n'y a pas eu d'autre genre d'attaque dans sa famille; on ne note non plus aucune névrose, ni goutte, ni rhumatisme. Elle-même n'a jamais été hystérique.

Elle a été très améliorée par une potion bromidée; mais elle se plaint constamment de sa main lorsque le temps est froid ou humide.

OBSERVATION XXI

Sophie H..., quarante-trois ans, veuve, Queen's Square, 26 septembre 1883. Elle éprouve des sensations de piqûres d'épingle dans la main droite lorsqu'elle s'éveille le matin; pendant quatre jours le même phénomène se produit lorsqu'elle essaye de faire quelque chose. Elle est dans cet état depuis trois ans; elle a été particulièrement éprouvée l'année dernière. Actuellement la main gauche est aussi atteinte et devient inerte pendant le jour. Elle attribue elle-même sa maladie à l'habitude qu'elle avait, lorsqu'elle s'éveillait, de saisir son lit en fer qui était froid. Les règles ont toujours été régulières. Elle n'a jamais eu d'attaque mais a présenté quelques légers phénomènes hystériques. Une de ses sœurs a des attaques d'épilepsie.

Potion bromidée.

30 octobre. — La malade va bien mieux. Elle peut maintenant tenir les objets sans douleur et ne sent qu'une légère raideur dans ce bras.

OBSERVATION XXII

Marie C..., quarante-sept ans, mariée, Victoria Park, 24 avril 1882. Depuis trois mois la malade a du vertige; elle est un peu sourde. Des phénomènes d'engourdissement s'accompagnant d'une certaine faiblesse apparaissent depuis six semaines dans la

main et le bras gauches le matin au réveil. La malade éprouve, dit-elle, la même sensation que si elle s'était couchée sur son bras; mais elle affirme qu'elle repose toujours sur l'autre côté. Elle n'éprouve pas de douleur; cependant durant les deux dernières semaines elle a éprouvé une vive douleur dans le flanc gauche et dans le dos. Depuis ce moment-là l'engourdissement est disparu. Les règles ont disparu depuis cinq ans.

OBSERVATION XXIII

Elisabeth H..., quarante-six ans. Se plaint d'une sensation de gêne à la poitrine et d'une douleur au cœur; elle raconte que de temps en temps, surtout quand elle est restée couchée, ses mains se gonflent; elles deviennent engourdies et lui font mal lorsqu'elle les ferme. Ces symptômes sont venus depuis deux mois à la suite de la mort de sa mère; elle les attribue à l'ébranlement que lui causa cette perte; mais il faut faire remarquer qu'elle a eu aussi beaucoup de linge à tordre dans l'eau froide.

Elle fut traitée pendant deux mois (quassia et fer, puis rhubarbe et gentiane). Ses mains guérèrent presque complètement et le bras gauche qu'elle disait paralysé se rétablit aussi.

Observations publiées dans le mémoire de Nothnagel

OBSERVATION XXIV

W. Nebel, journalière, quarante-neuf ans. Santé antérieure toujours bonne; mais il y a six ans, la malade après sa huitième couche s'étant exposée au froid pendant le cœur de l'hiver, a vu paraître un fourmillement dans les deux mains et des douleurs lancinantes qui s'étendaient des mains à la partie supérieure du bras; elles étaient presque continues et surtout vives pendant la nuit. La malade ne pouvait ni soulever, ni porter, ni saisir un objet. Les plus petits mouvements tels que ceux qu'on fait pour

s'habiller ou tenir une tasse, etc., lui étaient très difficiles. Les mouvements des bras eux-mêmes étaient complètement libres.

La pression n'éveille nulle part aucune douleur ; on ne note pas de points douloureux de Valleix dans le bras,

La malade a été d'abord traitée longtemps avec succès par le pinceau du courant induit ; depuis le commencement de janvier le courant constant est employé (selon la méthode décrite plus loin) et on défend surtout à la malade de laver dans l'eau froide ; on l'électrisait trois fois par semaine ; au bout de trois semaines de ce traitement la main gauche était complètement libre et dans la main droite les phénomènes disparurent successivement, d'abord les douleurs, puis les fourmillements et enfin l'engourdissement ; au milieu de février la malade cesse son traitement.

OBSERVATION XXV

Hulda B..., servante, quarante ans, Pas d'antécédents morbides. Depuis le milieu de décembre 1865 la malade a remarqué que ses membres étaient comme morts sans savoir pourquoi ; le matin surtout ils étaient complètement raides et lui semblaient coupés entre la première et la deuxième phalange ; elle éprouvait en même temps un vif fourmillement, puis quelques semaines plus tard des douleurs se manifestèrent aussi dans les mains et les avant-bras. État actuel, 22 janvier 1866. — La malade est forte et n'a pas de fièvre. Elle se plaint d'une sensation de mort et de violents fourmillements dans les deux dernières phalanges de tous les doigts ; il semble à la malade qu'on la pique avec des aiguilles. Cette sensation est presque continue. Elle ne disparaît que lorsqu'elle fait un travail grossier et surtout quand elle travaille dans l'eau chaude, elle revient au contraire quand elle reste au repos, s'occupe de la couture ou d'un autre travail délicat de ce genre et surtout quand elle plonge ses mains dans l'eau froide. La douleur est particulièrement vive la nuit, aussi la malade est-elle souvent réveillée et est-elle obligée de se frapper et de se frotter les doigts pour calmer la douleur. Cette douleur s'accompagne d'une diminution nota-

ble de la sensibilité qui est parfois si marquée que la malade ne sent plus ses phalanges et ne peut rien saisir.

Un traitement par le « galvanisme » lui procura un faible soulagement; six mois après la malade était de nouveau capable de travailler; à partir de ce moment les douleurs et le fourmillement ne se montrèrent que de temps en temps, surtout lorsque la malade avait lavé ou s'était exposée à l'air froid. Depuis trois mois il s'est produit de nouveau une vive exacerbation.

État actuel, 7 avril 1865. — Femme forte, bien portante et sans fièvre. La malade se plaint d'une sensation de mort, de fourmillement et de douleurs vives dans les mains et les avant-bras. Le fourmillement et les douleurs sont presque continus mais d'intensité variable : ils disparaissent rapidement et complètement lorsque la malade se livre à un travail grossier et surtout quand elle plonge ses mains dans l'eau chaude; mais si elle lave à l'eau froide, si elle laisse ses mains au repos ou si elle ne fait qu'un travail délicat comme la couture etc., les phénomènes reviennent aussitôt. Pendant la nuit ils sont très intenses et la malade est obligée de la passer en grand partie éveillée pour se frapper et se frotter les mains afin de soulager la douleur. La malade dit spontanément qu'au niveau des doigts où les fourmillements sont les plus prononcés, la peau devient blanche comme de la craie et qu'elle ne sent plus rien. Les douleurs s'étendent des mains jusqu'aux coudes des deux côtés sans suivre de voie nerveuse déterminée. Le fourmillement et cette sensation de mort sont surtout prononcés dans les mains. Les phénomènes sont plus marqués à gauche qu'à droite et à gauche ils présentent leur maximum d'intensité dans les troisième et quatrième doigts. La malade sent de petites piqûres d'épingles aux mains et avant-bras, mais aux mains surtout; à gauche, au niveau des deuxième, troisième et quatrième doigts la piqûre est beaucoup moins sentie. La sensibilité à la température est diminuée surtout à gauche dans les doigts mentionnés. La température des mains mesurée à plusieurs reprises donna constamment une différence; la gauche était plus froide que la droite de 1 à 1 degré et demi.

Ses doigts deviennent pâles, blancs et froids. Lorsqu'elle les

frotte vivement, ils deviennent rouges, l'engourdissement disparaît et la malade se trouve mieux à son aise. La malade éprouve aussi des douleurs sourdes dans les deux avant-bras, qui sans suivre une voie nerveuse bien déterminée, s'étendent jusqu'aux coudes. Cette douleur paraît et disparaît toujours avec l'engourdissement. Dans les intervalles des accès, les mains et les bras ne présentent rien d'anormal. La sensibilité à la piqure d'une aiguille est diminuée dans les deux mains et avant-bras jusqu'au coude ; de même que la sensibilité à la température.

Les troubles sensitifs, subjectif et objectif sont plus prononcés à gauche qu'à droite ; la température ayant été prise plusieurs fois, on a pu constater chaque fois un abaissement de température dans la main gauche, par exemple :

Gauche 35°3	Droit 35°8
— 35,5	— 36,5
— 35,6	— 36,7

Chez cette malade, on employa aussi le courant constant. Après six séances, les phénomènes s'amendèrent considérablement. Elle se remit de nouveau à laver dans l'eau froide et une exacerbation des symptômes se reproduisit ; mais après six nouvelles séances on put la renvoyer.

OBSERVATION XXVI

A. S..., servante, trente-sept ans. La malade se plaint d'avoir ressenti, il y a dix ans, une sensation de (mort) dans les deux mains et avant-bras, qui venaient souvent la déranger pendant son travail. Il y a environ six mois, sur cette sensation s'est greffée une douleur qui depuis cinq semaines a beaucoup augmenté. La malade ne sait à quoi l'attribuer ; elle lavait seulement une fois par mois pour la maison.

Etat actuel, 27 décembre 1885. — Santé générale bonne.

La malade se plaint d'une sensation d'engourdissement et de

chatouillement, s'accompagnant de douleurs dans les deux mains et avant-bras.

Ces phénomènes diminuent jusqu'à disparition complète par un travail opiniâtre. Mais lorsque les mains se reposent, les symptômes reviennent aussitôt et surviennent surtout la nuit avec une violence intolérable. On les observe surtout dans les deuxième et troisième doigts de chaque main et sont plus prononcés dans la main droite que dans la main gauche. Au moment des fortes douleurs, les doigts, comme le dit spontanément la malade, deviennent blancs. Cette pâleur se produit surtout le matin aussitôt après le lever et dure parfois une heure, mais ordinairement moins longtemps; puis apparaissent des douleurs lancinantes plus prononcées à droite qu'à gauche et de courte durée, qui s'étendent jusqu'aux coudes sans suivre de voie nerveuse déterminée.

Dans l'intervalle des accès, les parties envahies ne présentent rien d'anormal; ne sont pas douloureuses à la pression.

La sensibilité à la piqure électro-cutanée, ainsi qu'à la température, est un peu émoussée dans les deux mains et avant-bras, plus à droite qu'à gauche. La température est aussi, d'après plusieurs mesures, plus basse à droite. Ainsi on note 35°5 à droite et à gauche 36°3.

La malade fut guérie à la suite de seize séances de courant constant.

OBSERVATION XXVII

Mathilde M..., servante, trente-huit ans. Pas d'antécédents héréditaires; elle n'a jamais été malade; réglée normalement depuis seize ans. Elle a accouché le 22 mars 1865. La grossesse et la puerpéralité furent tout à fait normales. Au milieu d'avril, elle observa pour la première fois une forte sensation de fourmillement dans le bout des doigts, qui ne dura que deux mois; il lui semblait que ses doigts étaient comme morts. Depuis quelque temps, elle a remarqué qu'elle souffre plus la nuit que le jour.

Etat actuel, 20 mai 1865. — Bonne santé générale.

Aucun accident morbide à signaler du côté de la circulation, de

la respiration et de l'appareil digestif. Elle se plaint de faiblesse et d'une sensation d'engourdissement dans les mains et les pieds.

Cette sensation est continue et augmente d'intensité sous l'influence du froid et diminue par la chaleur. Les deux mains restent pendant des semaines fortement cyanosées et froides malgré la chaleur. Sur la tête, le tronc et le haut des cuisses les plus légères piqures d'épingles sont bien ressenties. Le tact est très diminué aux extrémités ; depuis le coude et le genou jusqu'aux mains et aux pieds on peut y piquer et traverser un repli de la peau assez épais sans que la malade s'en aperçoive et à la limite des troubles sensibles de légères piqures sont ressenties plus confusément qu'au tronc et au visage. Quand la malade ressent quelque chose, elle localise bien son impression. La sensibilité à la température est aussi considérablement modifiée, il lui faut l'application d'une température de 60 à 70 degrés pour qu'elle perçoive la chaleur. Le sens de la pression est si diminué que des poids de 3 livres ne sont pas ressentis ; elle n'éprouve également rien quand j'appuie sur son pied de tout le poids de mon corps. L'examen de la sensibilité électro-cutanée permet de constater qu'il faut pour déterminer l'impression minimum placer les rouleaux aux distances suivantes évaluées en millimètres.

Front.	73 millimètres	
Menton	65	—
Poitrine	57	—
Bras	43	—
Avant-bras { interne . . .	19	—
{ externe . . .	15	—
Doigts	3	—
Cuisse	65	—
Mollet	25	—
Dessus de pied	20	—
Doigts de pied face dorsale .	25	—

Le dos et le creux de la main, la plante du pied et le dessous, des orteils ne sentent rien même lorsque les spirales sont poussées l'une contre l'autre.

Les nombres ci-dessus se rapportent à la moitié gauche du corps ; la sensibilité est de quelques millimètres plus aiguë à droite.

La contractilité électro-musculaire est bien conservée.

Les mouvements des bras sont parfaitement libres. La pression des mains paraît un peu plus faible. Quand la malade a les yeux fermés, elle fait très maladroitement et lentement de petits mouvements comme de boutonner sa robe et ne peut en venir à bout ; elle ne peut pas prendre une aiguille sur la table quoiqu'elle soit sous les doigts ; elle ne peut pas arranger ses cheveux par derrière ; elle ne peut tricoter qu'en regardant fixement. Dès qu'il fait sombre, elle doit cesser tout travail de ce genre. La malade remue librement les jambes ; quand elle les lève les yeux fermés, elles ne chancellent pas. Elle dit que lorsqu'elle marche elle ne sent pas le sol et qu'elle a comme du feutre sous les pieds. Quand elle a les yeux fermés, elle chancelle et risque de tomber en se tournant rapidement. Il ne lui est possible de marcher dans l'obscurité que si elle prend un point d'appui et voit où elle doit aller ; différemment elle chancelle et tombe bientôt. A la lumière et lorsqu'elle a les yeux ouverts, il n'y a rien d'anormal dans sa démarche, si ce n'est une légère pesanteur.

Note. — Un autre motif nous a conduit à citer un peu plus complètement ce cas ; il est indéniable qu'il rappelle par son ensemble de symptômes et surtout par les troubles profonds de la coordination des mouvements, la maladie due à la dégénérescence de la substance grise des cordons postérieurs de la moelle, et non seulement les symptômes, mais encore le cours et la marche de notre affection rappellent cette maladie. Aussi le cas est-il bien approprié pour démontrer que les troubles de la motilité désignés sous le nom d'ataxie ne procèdent que de la diminution de la sensibilité, car dans une affection périphérique des nerfs sensitifs de la peau, qui est la conséquence d'un spasme vasculaire (voir mémoire de Nothnagel), on ne pourra pas penser que ces troubles de la coordination sont dus à des lésions des nerfs spéciaux, ou des centres nerveux présidant à la coordination. Ici les troubles sont certainement la conséquence de l'altération de la sensibilité, et concourent parfaitement avec les troubles moteurs qui apparaissent à la

dégénérescence de la substance grise des cordons postérieurs de la moelle. Tous les mouvements sont libres, tant que les yeux peuvent compenser le manque de tact. Lorsque les yeux ne peuvent remplir leur rôle, les troubles moteurs apparaissent d'une façon notable. Enfin, la disparition des troubles moteurs survenant avec la disparition de l'anesthésie, prouve aussi la dépendance de ces phénomènes des lésions du système nerveux sensitif.

Le malade employa environ pendant six semaines inutilement divers remèdes pour l'usage interne, le courant induit (nous n'avions pas de courant constant à notre disposition), et des bains chauds (8 seulement).

On lui fit alors brosser rigoureusement les extrémités, prendre des bains chauds moutardés, et on lui ordonna de se frotter les mains avec de l'essence de moutarde. Il n'y avait pas encore trois semaines qu'il employait ces frictions cutanées que l'état de la malade s'était amélioré : les mains étaient moins froides et moins cyanosées, les troubles sensitifs moins prononcés et les troubles moteurs moins accusés. Fin août, la malade est rétablie ; elle sent partout les moindres piqûres d'aiguille et marche sans chanceler.

OBSERVATION XXVIII

N.-N..., juge de district, trente ans, se plaint d'accès de battements de cœur qui surviennent presque tous les jours, et en même temps, le malade se sent envahi par une sorte de faiblesse qui n'est jamais pourtant une véritable syncope. Le malade dit qu'il sue aux pieds et que la frigidité des pieds précède l'accès ; vient ensuite le froid aux mains, la pâleur du visage, et enfin la palpitation ; il raconte avoir prévenu quelquefois les accès en se chauffant les pieds. Cœur tout à fait normal.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

L'acroparesthésie, lorsqu'elle est franche et bien caractérisée ne ressemble à aucune autre maladie et ne saurait donner lieu à aucune erreur de diagnostic.

Mais pour les formes les moins accusées de la maladie, il est un certain nombre d'affections des mains avec lesquelles la confusion est possible.

Nous sommes même persuadé que c'est à des confusions de ce genre qu'il faut attribuer le peu de documents que l'on trouve sur l'acroparesthésie, celle-ci ayant été souvent méconnue. Aussi allons-nous considérer certaines affections des mains pour les comparer à l'acroparesthésie essentielle et montrer leurs caractères différentiels.

Tout d'abord, on ne confondra pas la teinte violacée que présente quelquefois les extrémités digitales des individus atteints d'acroparesthésie avec la cyanose des maladies du cœur qui est générale et s'accompagne de souffles cardiaques, de dyspnée et d'œdème des membres inférieurs

La douleur qui survient quelquefois aux extrémités digitales dans l'acroparesthésie peut faire songer aux névrites périphériques de l'ataxie locomotrice, mais l'intégrité des réflexes, l'absence d'incoordination des mouvements et de troubles oculaires permettent dans la plupart des cas d'écarter cette hypothèse.

La névrite *a frigore*, la sciatique, présentent des caractères tellement typiques que la confusion est pour ainsi dire impossible ; dans ces cas, en effet, la douleur est localisée à un territoire nerveux déterminé ; elle est exacerbée par la pression et la chaleur ; dans l'acroparesthésie, on observe des phénomènes inverses : la douleur est diffuse, et les malades se frottent ou plongent leurs mains dans l'eau pour calmer leur souffrance.

Quant aux névrites dues à l'alcoolisme ou à des intoxications par le plomb, le mercure, l'arsenic, etc., elles s'accompagnent généralement de symptômes particuliers qui permettent d'en déterminer la nature. C'est ainsi que dans la névrite alcoolique, on observe des tremblements de doigts, des vomissements glaireux, le matin, et dans la névrite saturnique des coliques, le liseret de Burdou et une décoloration anormale des téguments.

Il suffit de signaler quels sont les symptômes de l'acrodynie pour la différencier de l'acroparesthésie. L'acrodynie, qui s'est montrée sous forme épidémique en 1828 et 1830, et qui depuis n'a plus été constatée qu'à l'état sporadique est caractérisée par des troubles gastro-intestinaux : vomissements, diarrhée, œdème des membres, de la rougeur et des érythèmes suivis de desquamation, tout autant de phénomènes qui font défaut dans l'acroparesthésie essentielle.

L'ergotisme gangreneux, ordinairement symétrique, qui

se montre sous forme épidémique sur les populations misérables, mérite à peine d'attirer notre attention au point de vue du diagnostic.

Le rhumatisme, lorsqu'il est localisé aux extrémités est parfois beaucoup plus difficile à différencier. Dans le rhumatisme chronique surtout, on peut observer des phénomènes d'engourdissement, mais ces phénomènes coexistent avec des lésions des articulations, des nodosités, et n'ont pas la même marche que dans l'acroparesthésie, où ils surviennent par accès pendant la nuit, pour disparaître quelquefois dans la journée.

L'érytromélgie de Weiss Mitchell, par sa douleur brûlante, par son siège qui occupe les membres inférieurs, son gonflement congestif, sa coloration rosée et comme flegmoneuse, son élévation de température parfois si notable, ne saurait donner lieu à aucune erreur de diagnostic.

L'asphyxie locale ou gangrène symétrique des extrémités est caractérisée, comme l'indiquent les dénominations, par la symétrie des symptômes, la teinte cyanosée de la peau et l'apparition des escarres et des cicatrices dans les dernières périodes de la maladie ; l'acroparesthésie, au contraire, ne présente pas de troubles de nutrition de tissus ; la cyanose des doigts n'est jamais aussi accusée, et les symptômes sont diffus quand ils ne sont pas unilatéraux.

Enfin, certaines maladies, telles que le mal de Bright, le diabète et quelques névroses, comme l'hystérie, l'épilepsie, etc., peuvent présenter des phénomènes qui en imposent pour de l'acroparesthésie. Mais, dans ces cas, l'analyse des urines et les phénomènes particuliers à ces affections vous mettent généralement sur la voie du

diagnostic. Nous devons faire remarquer toutefois que dans certains cas on peut observer l'existence de l'acroparesthésie idiopathique et d'une des affections mentionnées ci-dessus chez le même sujet, comme en témoignent quelques-unes des observations que nous avons reproduites précédemment; mais nous pensons que, dans ces cas, il s'agit d'une simple coïncidence, et que ces affections ont pu jouer tout au plus le rôle de causes prédisposantes.

En résumé, le diagnostic de l'acroparesthésie est en général facile; il se fait surtout par élimination et en se basant sur la marche de la maladie qui, comme nous l'avons vu, est progressive, survient avec son maximum d'intensité, particulièrement la nuit, ou le matin, au réveil, et présente des périodes de rémission et même d'intermittence, qui coïncident généralement avec les changements de saison et de température.

CHAPITRE V

Pathogénie.

A quoi tient l'acroparesthésie ? Il est assez difficile de donner une explication suffisante des différentes théories qui ont été émises :

Toutefois, si l'on veut bien se rappeler la physiologie des extrémités, on s'aperçoit bien vite que les systèmes nerveux et vasculaire sont là plus qu'ailleurs subordonnés l'un à l'autre.

Pour maintenir une chaleur constante permettant le toucher et l'exercice du tact, il a fallu créer une nappe vasculaire considérable tant du côté des capillaires artériels que du côté des réseaux veineux. On sait quelle richesse présentent les arborisations terminales des vaisseaux ; on sait aussi qu'il existe autour des articulations des phalanges de véritables lacs sanguins d'origine veineuse qui n'ont dans l'organisme pas d'homologues. Du côté du système nerveux, les corpuscules du tact ont besoin d'être baignés dans une atmosphère sanguine chaude et il part cons-

tamment de ses extrémités nerveuses des excitations qui amènent par voie réflexe la régulation de la circulation des doigts.

Ces centres réflexes sont de deux sortes : les uns siègent sur les vaisseaux eux-mêmes et constituent les *nervirovasorum* cellules appendues aux petits vaisseaux, la seconde voie réflexe est dans la moelle.

Que l'on vienne à interrompre le cours du sang par ischémie, il se développe aussitôt des crampes et des douleurs atroces assez comparables à celles que l'on observe dans l'acroparesthésie ; que l'on arrête au contraire la circulation veineuse, on observe encore un des tableaux chimiques de l'acroparesthésie, les doigts paraissent gonflés, énormes, douloureux si bien que les deux extrêmes : ischémie ou stase veineuse donne naissance à des troubles vasculaires qui rappellent le tableau clinique de l'acroparesthésie.

La première idée qui devait donc venir était de penser qu'il existait, du côté des artères ou du système nerveux qui les tient sous sa dépendance, des altérations donnant naissance à cette affection.

Dans les différentes acroparesthésies symptomatiques l'élément vasculaire joue un rôle important ; dans l'albuminurie le doigt mort est dû, d'après Dieulafoy, à du spasme des petits vaisseaux ; on rencontre aussi ces acroparesthésies dans l'athérome par diminution du calibre des vaisseaux.

La théorie vasculaire s'appuie donc sur des faits physiologiques et pathologiques certains ; mais dans l'acroparesthésie essentielle, quelle est la cause de cette dilatation ou spasme vasculaire observé, quel est le *primum*

movens de tout le processus ? Nous avons vu dans l'étiologie que la plupart des malades observés étaient des gens à professions manuelles où les extrémités digitales étaient soumises à des traumatismes répétés, à des variations brusques de température. Il est donc probable que c'est l'irritabilité du système nerveux sensitif qui, constamment ébranlé par ces secousses, réagit à son tour sur les vaisseaux ; les irradiations douloureuses sensitives que l'on observe le long du bras, les troubles vasculaires qui surviennent à la suite de piqûres, ou brûlures, ou panaris des mains viennent encore à l'appui de cette théorie. Nous ne saurions mieux citer comme exemple de troubles vasculaires engendrés par piqûres que l'observation d'une thèse publiée en 1896 par un étudiant de Lyon. Cette observation en effet relate qu'une femme ayant été mordue par son fils au médius droit a éprouvé depuis lors des douleurs atroces qui se sont accompagnées de troubles vaso-moteurs très marqués. La malade guérit néanmoins sous l'influence des bains électriques chauds.

Il semble donc, pour nous résumer, qu'il s'agit d'une névrite sensitive des extrémités des nerfs de la main qui par voie réflexe, soit directement sur les éléments vasculaires, soit sur la moelle, détermine le spasme vasculaire ou la vaso-dilatation qui sont dans notre hypothèse des phénomènes secondaires à l'altération primitive des nerfs. La contraction et la dilatation peuvent se produire consécutivement, de même qu'on observe dans toute névrite une période d'augmentation de l'excitabilité qui fait place ensuite à une perte de cette excitabilité.

On peut faire une seconde hypothèse et se demander avec Schultze s'il ne s'agirait pas, surtout dans les cas où

l'affection paraît limitée à un territoire nerveux déterminé, ou siège dans les membres inférieurs d'un de ces noyaux provenant d'une prolifération des corpuscules de Renaut qui sont en si grand nombre dans le névrilemme des plexus lombaires, sacré et en particulier du plexus brachial. Des recherches faites par plusieurs auteurs ont en effet montré qu'on rencontrait assez souvent au niveau de ces plexus des lésions de ce genre. C'est ainsi que Tzebinski, sur l'invitation de Schultze, ayant examiné 65 cadavres à ce point de vue a rencontré ces néoplasies 28 fois et rien ne prouve que sur les 37 restant elles n'aient passé inaperçues. Il a noté en même temps qu'elles présentaient leur maximum de fréquence chez les femmes et à un âge variant entre quarante et cinquante ans. Schulze, frappé de cette concordance de données relatives à l'âge et au sexe, s'est demandé s'il ne fallait pas voir une certaine relation entre notre affection et ces lésions. L'hypothèse paraît admissible ; mais en tout cas aucun examen direct n'ayant été fait jusqu'ici, il faut attendre que de nouvelles recherches plus précises sur le plexus brachial de sujets atteints d'acroparesthésie aient été faites pour écarter tous les doutes.

Enfin Sinkler et Schmith rapportent les troubles que présentaient les malades qu'ils ont observés à une modification de la circulation des centres nerveux qui se produirait pendant le sommeil sous l'influence du décubitus horizontal. Sinkler admet une hyperhémie de la moelle cervicale, et Schmith a une opinion beaucoup plus vague et explique les phénomènes par une modification de la circulation du système nerveux central sans en spécifier la nature.

En résumé, cette divergence d'opinions nous montre que la nature de cette affection n'est pas bien déterminée et que, pour le moment, l'insuffisance de nos connaissances sur la pathogénie de cette affection rend un peu illusoire toute discussion sur ce sujet.

CHAPITRE IV

Marche. — Durée.

Nous avons déjà vu en décrivant les symptômes que la marche de la maladie était progressive. Commencant en un point limité de la main les phénomènes s'étendent à toute la main, gagnent même l'avant-bras, le bras, l'épaule ; ils peuvent ensuite atteindre le membre supérieur du côté opposé et finalement les membres inférieurs. Mais cette marche progressive n'est pas fatale ; il est des cas où les phénomènes ne dépassent pas une certaine limite. Pendant des années un malade n'éprouvera des symptômes que la nuit au moment où il commence à s'endormir ; chez un autre les troubles ne dépasseront pas les parties primitivement atteintes, un troisième enfin pourra rester stationnaire à une période beaucoup plus avancée de la maladie et, quoique souffrant d'horribles douleurs, il ne verra pas son état s'aggraver davantage.

Un des caractères les plus saillants de l'acroparesthésie

est la variation de ses symptômes au point de vue de l'intensité sous l'influence des saisons.

Chez ces malades, l'été amène parfois une telle diminution dans tous les symptômes qu'ils ne leur causent plus aucune gêne ; ils voient au contraire arriver l'hiver avec appréhension, le froid amenant toujours un redoublement des souffrances.

Le traitement a également une influence sur la marche de la maladie soit qu'il l'abrège plus ou moins dans sa durée totale ou qu'il espace les périodes de crise. Nous y reviendrons plus loin.

De toute façon, la marche de la maladie est essentiellement chronique et sa durée longue. Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir, les malades souffrent depuis plusieurs années. La durée totale de cette affection ne peut pas être bien déterminée, car la maladie étant sujette à récidiver, les malades souvent sont perdus de vue avant la guérison complète ; mais d'une façon générale, elle est assez longue.

CHAPITRE VII

Pronostic et traitement.

On a pu voir ce qu'il fallait penser du pronostic en suivant la marche de la maladie et en constatant sa durée. L'acroparesthésie est toujours une affection grave, malgré les cas de guérison qui peuvent s'observer. Quoique ne menaçant pas immédiatement la vie des sujets, elle peut amener un état vraiment digne de pitié ; car elle oblige parfois les malades à suspendre leur travail et les empêche ainsi de subvenir aux besoins de leur existence ; même dans les cas bénins elle constitue une affection pénible, de longue durée et tourmente beaucoup les malades. Nous rappellerons également qu'il ne faut pas concevoir de trop grandes espérances lorsqu'on voit l'affection s'amender sous l'influence d'une saison chaude : on s'exposerait ainsi à de pénibles déceptions au retour de l'hiver qui amène généralement avec lui une recrudescence des symptômes.

Quant au traitement, on doit d'abord rechercher les

causes qui ont engendré la maladie afin d'en éloigner les dangers. C'est ainsi que le professeur Bernhardt recommande de procéder. Si le malade est anémique ou cachectique, on doit traiter son anémie, sa cachexie ; on doit défendre le travail principalement celui qui se fait avec les mains dans l'eau froide ; ordonner de prendre des ménagements et des temps de repos aux personnes qui sont excédées par le travail manuel.

A ce traitement prophylactique on peut joindre les ressources de la thérapeutique qui ne sont pas à dédaigner ; c'est ainsi que Putman a obtenu quelques guérisons par l'emploi du phosphore et de la strychnine ; Ormerod pense que le traitement par le bromure a des effets manifestes. Sinkler emploie la galvanisation de la colonne vertébrale, le bromure de potassium, l'ergotine, et, après une première amélioration, la strychnine. Peut-être aussi pourrait on employer, d'après Berger, l'arsenic qui donne de bons résultats particulièrement dans les névroses des extrémités supérieures.

Nothnagel, pour les cas dans lesquels il y avait des spasmes artériels a mis en usage le courant constant qui lui aurait donné de très bons résultats. Il employait de dix à vingt éléments Daniell et appliquait le pôle positif sur le plexus brachial et le pôle négatif sur la nuque. Il laissait ainsi passer un courant continu pendant trois à cinq minutes. Quelquefois trois ou quatre séances par semaine suffirent pour amener la guérison dans les cas moyens et dix à vingt dans les cas rebelles.

Le traitement électrique a également donné de bons résultats à M. le Dr Destot qui a bien voulu à ce sujet nous fournir les indications suivantes : « Supprimer la

douleur et ramener les vaisseaux soit contracturés, soit au contraire dilatés à leur état normal, tel est le but que doit atteindre ce moyen thérapeutique :

1° L'emploi des courants de haute fréquence de Testo et d'Arsonval produisent une vaso-dilatation et de l'insensibilité. Mais jusqu'à présent ils n'ont pas été appliqués à l'acroparesthésie.

2° Les courants faradiques produisent bien de l'anesthésie, surtout après une séance forte et prolongée, mais ils agissent mal sur les fibres musculaires des petits vaisseaux.

3° C'est donc au courant galvanique que l'on doit s'adresser ; celui-ci produit à l'anode une diminution de la douleur et de l'excitabilité. Le pôle positif sera indiqué toutes les fois qu'il y a spasmes, crampes, et l'on fera des applications longues dans des bains d'eau chaude avec une densité de courant qui pourra aller de $1/20$ à $1/15$.

Par contre, s'il y a paralysie, atonie vasculaire, vaso-dilatation avec insensibilité, c'est surtout à la cathode qu'il faudra avoir recours.

Le courant, au lieu d'être constant, pourra avec avantage être interrompu toutes les secondes au moyen soit de la roue de Masson, soit du métronome de manière à provoquer des contractions du côté des muscles des petits vaisseaux.

Ces principes ont d'ailleurs été appliqués par les différents auteurs. »

Enfin un traitement qui semble agir dans la plupart des cas, c'est la chaleur et en particulier les bains d'eau chaude mais son action serait de courte durée et insuffisante pour amener une amélioration permanente.

CONCLUSIONS

I. Il existe une acroparesthésie idiopathique qui doit prendre place dans les cadres nosologiques, à côté de l'asphyxie locale et de la cyanose symétrique des extrémités décrites par M. Maurice Reynaud.

II. Cette affection rare est caractérisée cliniquement par des accès douloureux s'accompagnant parfois, tantôt de gonflement, tantôt d'une pâleur de la peau des extrémités avec un abaissement de la température pouvant varier d'1 à 2 degrés centigrades.

III. La marche de la maladie est toujours lente et sa durée toujours longue est indéterminée. Elle offre des périodes de rémission et d'exacerbation des symptômes suivant les saisons, l'hiver augmentant les troubles, l'été les diminuant d'une façon très notable.

IV. Son diagnostic ne présente pas de très grandes difficultés et il est probable que l'affection deviendra plus com-

mune lorsqu'elle sera mieux connue dans ses manifestations cliniques.

V. Sa nature n'est pas encore bien déterminée, cependant elle semble se rapporter soit à des lésions irritatives ou destructives des extrémités nerveuses sensitives des doigts, soit à des néoplasies ayant pris naissance dans le névrilemme des plexus, soit enfin à des troubles circulatoires de la moelle survenant sous l'influence du décubitus dorsal pendant la nuit.

VI. Parmi les différents traitements, il semble que le courant galvanique constant aurait donné les plus nombreux et les meilleurs résultats.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LÉPINE.

Vu, bon et permis d'imprimer,
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

Vu, bon à imprimer,
LE DOYEN,
LORTET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Fr. Schultze, Ueber Akroporästhesie (Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk. 300 p., 1893).
- Putman, A series of cases of paræsthesia, mainly of the hands, of periodical recurrence and possibly of vaso-motors origin (Arch. of Medecin, IV, p. 147, 1880).
- Ormerod, On a peculion numbress and poresis of the hands (St. Barthel. Hosp. Reports, p. 17, 1883).
- Sinkler, A form of numbress chiefly of the upper extremities (Phil. Med. Times, XIV, p. 480, 1884).
- Bernhardt, Ueber eine weniger bekannte Nevrose der Extremitäten besonders der oberen (Cent. Bl. f. Nervenheilk., IX, p. 33, 1886).
- Saundby, On a special form of numbress of the extremities (Lancet, II, p. 422, 1885).
- Rosenbach, Die Auftreibung der Endphalangen des Fingers, eine bisher noch nicht beschriebene tropische Störung (Cent. Bl. f. Nervenheilk., XIII, p. 199, 1890).
- Pierre Mohr, Ueber Akroporästhesie (Thèse de Bonn, 1890).
- Laques, Ueber eine besondere Form von Porästhesie der Extremitäten (Akroporästhesie Fr. Schultze) (Arch. f. Psychiatrie, XXIV, p. 651, et Nurol. Cent. Bl., 15 mars, p. 188, 1893).
- Nothnagel, Zur Lehre von den vaso-motorischen Neurosen (Deutsch. Arch. f. klin. Med. II, p. 173).

TABLE

PRÉFACE	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Etiologie.	19
CHAPITRE III. — Symptomatologie	23
OBSERVATIONS	31
CHAPITRE IV. — Diagnostic	56
CHAPITRE V. — Pathogénie.	60
CHAPITRE VI. — Marche, Durée	65
CHAPITRE VII. — Pronostic et traitement.	67
CONCLUSIONS	71
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	73

